

DOCUMENTACION DE LAS VACUNAS/FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO

Se me ha ofrecido o dado aunque acepte o no una copia del "Declaracion sobre la informacion de las vacuna(s)" marcadas abajo. He leído o se me ha explicado la informacion en la "Declaracion sobre la informacion de las vacuna(s)". Mis preguntas fueron contestadas a satisfaccion, y yo pido que las vacuna(s) marcadas abajo sean aplicadas a mi, o la persona nombrada abajo por quien yo doy autorizacion:

DTaP
 DT
 Td
 DTaP/Hib
 Hib
 Hib/Hep B
 HepB
 HBIG
 HepA
 EIPV
MMR
Varicella
PCV7
Influenza
PPV23
DTaP/HepB/EIPV
Other_____

Firma de Paciente o de Padre/guarian

Fecha

Informacion Del Paciente				
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Numero de telefono:
		Edad:	Fecha de nacimiento:	
Direccion:		Ciudad:	Condado:	Estado:
		Codigo de postal:		
Etnicidad: Hispano o Latino ___ Si ___ No ___ Masculino ___ Femenino		___ Asiatico/Isleno del pacifico ___ Negro/Africano Americano de Alaska ___ Caucaseo/Mejicano/Puertorriqueno ___ Chinesco ___ Filipino	___ Hawaiian ___ Indio Americano/Nativo ___ Japones ___ Otro/Non-Blanco ___ Desconocido	
Estado de Elegibilidad: ___Medicaid ___No Tiene Asegurados ___Indio Americano ___Insuficientemente Asegurados*^ ___Insuficientemente Servidos**^ ___HealthWave ___Enteramente Asegurados				

*Niños insuficientemente asegurados: El seguro no incluye inmunizaciones, son elegibles por el programa VFC si son vacunados en un FQHC o RHC.

**Niños insuficientemente servidos: Niños tienen seguro de co-pagar o deducible bastante alto para proveer una barrera contra inmunizaciones.

^Niños insuficientemente servidos y asegurados son elegibles por un programa de vacuna con fondos estatales si son vacunados en una clínica pública del condado.

CUESTIONARIO DE VACUNAS	
1. Esta el paciente enfermo?	___si ___no
2. Tiene fiebre ahora?	___si ___no
3. El paciente que va ser vacunado ha sufrido una reaccion seria con vacunas en el pasado?	___si ___no
4. La persona que va ser vacunada tiene alguna alergia que producen serias reacciones?	___si ___no
5. El paciente sufre de convulsiones o desorden neorologica?	___si ___no
6. El paciente tiene problemas de salud por cual no pueda rechazar infeccion?	___si ___no
7. El paciente esta alrededor de otros que no puedan rechazar infeccion?	___si ___no
8. El paciente toma esteroides o a terminado un tratamiento de esteroides recientemente?	___si ___no
9. El paciente ha recibido sangre, plasma o gamma globina en los ultimos 12 meses?	___si ___no
10. Esta la paciente embarazada o esta planificando embarazo entre 3 meses?	___si ___no

NAME _____

AGE _____

DOB _____

PROVIDER INFORMATION

Vaccine Provider:

Clinic Site:

Street Address:

State:

Zip Code:

Street Address:

State:

Zip Code:

(Circle the appropriate vaccine, dose, extremity, site, route, and enter the manufacturer, lot #, and expiration date.)

FOR CLINICAL USE ONLY

VACCINE	DOSE	EXT	SITE	ROUTE	VIS DATE	MANUFACTURER LOT #	EXP DATE
DTaP DT Td	1 2 3 4 5 B	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/Hib	4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
DTaP/HepB/EIPV	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hib	1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hib/Hep B	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Hep B	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
HBIG	1	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
EIPV	1 2 3 4	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
PCV7	1 2 3 4	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
MMR	1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
Varicella	1 2	RT LT	Upper Arm Thigh	SQ			
Hep A	1 2 3	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
Influenza	1 2	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
PPV23	1 2	RT LT	Deltoid Vastus Lat	IM			
MCV4	1	RT LT	Deltoid	IM			

Signature and Title of Vaccine Administrator

Date